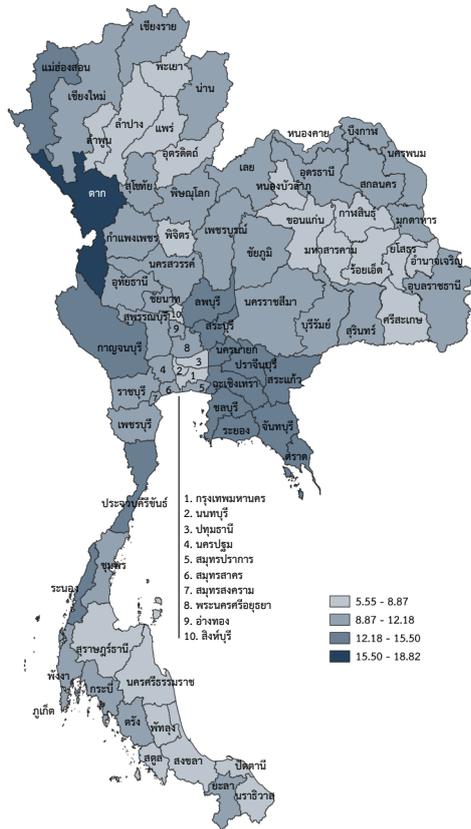


Safe Sex: เพศสัมพันธ์ไม่ใช่เรื่องต้องห้าม แต่ต้องปลอดภัย

แม้ประเทศไทยจะมีการจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และตัวเลขการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในเยาวชนโดยรวมจะลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แต่สถานการณ์สุขภาพทางเพศของเยาวชนไทยยังคงเผชิญกับความท้าทายสำคัญ โดยเฉพาะพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยและการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ประเทศไทยได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในกลุ่มเยาวชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องผ่านการขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการทั้งในมิติกฎหมาย สถาบัน และระบบบริการสุขภาพ โดยจุดเปลี่ยนที่สำคัญคือการประกาศใช้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ซึ่งกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไว้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะสถานศึกษาในการจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาให้เหมาะสมกับช่วงวัย ควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรต่อเยาวชน ทั้งนี้ ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565 พบว่า เด็กและเยาวชนอายุ 15-17 ปี ประมาณร้อยละ 96.7 เคยได้รับการเรียนรู้เรื่องเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษา สะท้อนถึงความครอบคลุมของการเข้าถึงองค์ความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาในระบบการศึกษาไทยในระดับที่ค่อนข้างสูง

แผนภาพ 21 อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ 10-19 ปี ต่อประชากรหญิง 1,000 คน รายจังหวัด

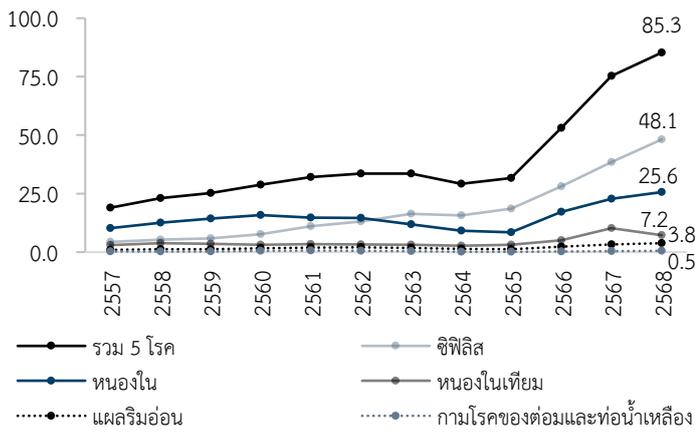


ที่มา : สำนักอนามัยเจริญพันธุ์

ในภาพรวม การดำเนินนโยบายดังกล่าวส่งผลให้แนวโน้มการตั้งครรภ์และการคลอดในกลุ่มวัยรุ่นหญิงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยข้อมูลจากกรมอนามัยระบุว่า จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปีที่คลอดบุตรลดลงจาก 112,278 คน ในปี 2557 เหลือ 35,981 คน ในปี 2567 ส่งผลให้อัตราการคลอดมีชีพปรับลดลงจาก 47.9 เหลือ 18.6 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน ซึ่งบรรลุค่าเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน 21.0 ต่อพันคน แนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับอัตราการคลอดซ้ำในกลุ่มอายุเดียวกันที่ลดลงจากร้อยละ 12.8 เหลือร้อยละ 6.5 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในกลุ่มอายุ 10-14 ปี พบว่า แม้อัตราการคลอดมีชีพต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน จะปรับลดลงจาก 1.6 เหลือ 0.9 แต่ก็ยังไม่เป็นไปตามค่าเป้าหมายที่ 0.7 อีกทั้ง อัตราการคลอดซ้ำในกลุ่มอายุดังกล่าวยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.0 เป็นร้อยละ 0.9 และหากพิจารณาในมิติพื้นที่ พบว่า ปัญหาท้องไม่พร้อมในกลุ่มวัยรุ่นมีการกระจุกตัวสูงในบางจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดชายแดน โดยจังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน เป็นสองจังหวัดที่มีอัตราการคลอดมีชีพของแม่วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ต่อประชากรพันคน สูงที่สุดที่ 18.8 และ 15.0 ตามลำดับ

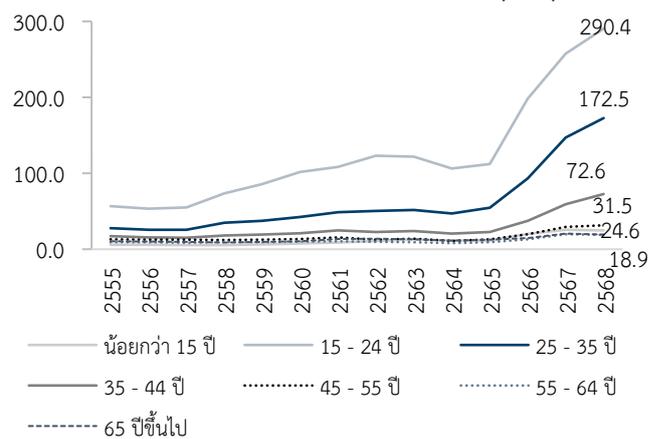
นอกจากนี้ การลดลงของสถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในภาพรวมยังไม่ได้สะท้อนว่าวัยรุ่นและเยาวชนไทยมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยมากขึ้น เนื่องจากสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระดับที่น่ากังวล โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ข้อมูลจากกรมอนามัย (2568) ระบุว่า ในปี 2568 ประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 13,357 คน ซึ่งสูงกว่าการคาดประมาณของกรมควบคุมโรค (ม.ป.ป.) ที่ 8,862 คน ถึง 1.5 เท่า โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (ร้อยละ 35.0) เป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี และร้อยละ 96.4 มีสาเหตุมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน สอดคล้องกับข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ที่พบว่า ในปีเดียวกันมีผู้ป่วยรวม 55,428 คน หรือคิดเป็นอัตราป่วย 85.3 ต่อประชากรแสนคน โดยกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีอัตราป่วยสูงที่สุดถึง 290.4 ต่อประชากรแสนคน

แผนภาพ 22 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ต้องเฝ้าระวัง 5 โรค



ที่มา : STIs Dashboard, กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (2568)

แผนภาพ 23 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ต้องเฝ้าระวัง 5 โรคหลัก จำแนกตามกลุ่มอายุ



ที่มา : STIs Dashboard, กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (2568)

นอกจากนี้ ข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ปี 2567 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งสำรวจเยาวชนจำนวน 15,425 คน ส่วนใหญ่อยู่อายุ 15-21 ปี ชี้ให้เห็นช่องว่างด้านพฤติกรรมทางเพศที่ยังคงมีอยู่ โดยพบว่าเยาวชนเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย (อายุน้อยสุด 12 ปี และอายุเฉลี่ย 16-17 ปี) ขณะที่กว่าครึ่งหนึ่งไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้เพียงบางครั้ง (ร้อยละ 57.2) บ่งชี้ถึงพฤติกรรมกำบังที่ไม่สม่ำเสมอ อีกทั้งยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเก็บรักษาและการใช้ถุงยางอนามัยในสัดส่วนสูง เช่น การเก็บไว้ในช่องเก็บของรถยนต์/ใต้เบาะรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 65.4) การใช้น้ำมัน/โลชั่นเพิ่มความหล่อลื่น (ร้อยละ 53.1) การเก็บไว้ในกระเป๋าสตางค์ (ร้อยละ 25.2) ทำให้ถุงยางอนามัยเสื่อมประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อ ประกอบกับรูปแบบความสัมพันธ์ทางเพศของเยาวชนที่มีความหลากหลาย ไม่จำกัดอยู่เฉพาะคู่รัก แต่ยังรวมถึงคนรู้จัก เพื่อน บุคคลจากสถานบันเทิง และผู้ที่รู้จักผ่านแอปพลิเคชันหาคู่ ซึ่งมักเป็นความสัมพันธ์ระยะสั้นและมีข้อจำกัดในการสื่อสารหรือการเจรจาเรื่องการป้องกัน นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องระหว่างการได้รับความรู้ด้านเพศวิถีศึกษากับการนำไปปฏิบัติจริงของเยาวชน โดยช่องว่างระหว่างความรู้กับพฤติกรรมทางเพศเป็นผลมาจากปัจจัยสำคัญหลายประการ ดังนี้

1. การเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาของไทยยังมีข้อจำกัดในเชิงคุณภาพ แม้หลักสูตรจะอ้างอิงแนวคิดเพศวิถีศึกษาครบด้าน (Comprehensive Sexuality Education: CSE) ซึ่งมีหลักฐานยืนยันว่าสามารถชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ลดพฤติกรรมเสี่ยง และเพิ่มการใช้ถุงยางอนามัยได้อย่างมีนัยสำคัญ (UNESCO, 2562)

แต่ในทางปฏิบัติ เนื้อหาการเรียนการสอนยังเน้นเชิงชีววิทยา ผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ ขณะที่เนื้อหาด้านทักษะชีวิตที่จำเป็นต่อการตัดสินใจทางเพศอย่างปลอดภัยยังมีอยู่จำกัด อีกทั้งรูปแบบการเรียนการสอนเน้นการบรรยายมากกว่าการมีส่วนร่วม (Boonmongkon et al., 2019) รายงานของ UNESCO (2564) พบว่า ครูไทยร้อยละ 47.0 เห็นว่า เพศศึกษาในโรงเรียนเน้นหนักในเรื่องการงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ นักเรียนหญิงร้อยละ 41.0 และนักเรียนที่มีความหลากหลายทางเพศร้อยละ 44.0 ยังระบุว่า บทเรียนไม่ครอบคลุมเนื้อหาที่สอดคล้องกับตนเอง ขณะเดียวกัน ครูร้อยละ 61.0 เห็นว่าตนไม่มีทักษะในการสอน ร้อยละ 62.0 ขาดความรู้ในหลักสูตร และร้อยละ 58.0 รู้สึกไม่มั่นใจหรือไม่สะดวกใจในการสอนวิชานี้ จึงก่อให้เกิดบรรยากาศในห้องเรียนที่ไม่เอื้อต่อการเรียนรู้เรื่องเพศอย่างปลอดภัยและเปิดกว้าง ซึ่งสะท้อนภาพเดียวกับรายงานพิเศษของ Bangkok Post ที่พบว่า ในบางกรณีบรรยากาศในห้องเรียนเพศศึกษาได้กลายเป็นพื้นที่ของความขบขันและการเยาะเย้ยกัน มากกว่าการเอื้อต่อการเรียนรู้เชิงสาระ (Mahavongtrakul, 2019)

2. **เยาวชนบางส่วนยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเผชิญกับข้อจำกัดในการต่อรองการใช้วิธีป้องกันอย่างเหมาะสม** รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2567 พบว่า แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่มุ่งเน้นการป้องกันการตั้งครรภ์มากกว่าการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยร้อยละ 48.4 ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด มีเพียงร้อยละ 13.0 ใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนี้ การศึกษาพฤติกรรมทางเพศของเยาวชนอายุ 15-24 ปี พบว่า เยาวชนร้อยละ 96.4 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคนรัก และในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 44.6 มีคู่นอนมากกว่า 1 คน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา แต่มีเพียงร้อยละ 33.5 ที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง และแม้ว่าพฤติกรรมทางเพศของเยาวชนส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในบริบทความสัมพันธ์แบบคู่รัก แต่การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังอยู่ในระดับต่ำ เพราะเชื่อว่าคู่นอนของตนไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และกังวลว่าการต่อรองการใช้ถุงยางอนามัยอาจกระทบต่อความพึงพอใจ ความไว้วางใจ และความสัมพันธ์ (รวมพร และคณะ, 2565) ซึ่งสะท้อนว่าการส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยของเยาวชนจำเป็นต้องเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร การต่อรอง และการประเมินความเสี่ยงภายใต้บริบทความสัมพันธ์จริงด้วย

3. **สังคมไทยยังไม่เอื้อต่อการพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์อย่างเปิดกว้าง** เนื่องจากวัฒนธรรมที่ปลูกฝังให้เด็กต้องรักษานวลสงวนตัวและมองเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งต้องห้าม ส่งผลให้การสื่อสารในประเด็นดังกล่าวมักเป็นไปอย่างไม่ตรงไปตรงมา หรือถูกหลีกเลี่ยงโดยสิ้นเชิง ซึ่งกระทบต่อระดับความพร้อมของทั้งพ่อแม่และครูในการให้คำแนะนำที่เหมาะสม ผลการสำรวจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2568) พบว่า เยาวชนร้อยละ 23.7 ต้องการพูดคุยเรื่องเพศกับพ่อแม่ แต่ยังไม่กล้า และร้อยละ 18.8 มองว่าพ่อแม่ไม่เข้าใจ สถานการณ์ดังกล่าวทำให้เยาวชนบางส่วนหันไปหาข้อมูลจากแหล่งอื่น เช่น สื่อออนไลน์ หรือเพื่อน ซึ่งอาจนำไปสู่ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนและพฤติกรรมเสี่ยง



4. **ระบบบริการสุขภาพทางเพศยังไม่เอื้อต่อการเข้าถึงของเยาวชน** แม้ภาครัฐจะมีความพยายามในการจัดให้มีบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์อย่างครอบคลุม ตั้งแต่การวางแผนครอบครัว อนามัยแม่และเด็ก การป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี การตรวจคัดกรองมะเร็งระบบสืบพันธุ์ การให้คำปรึกษาปัญหาเพศแก่เด็กและเยาวชน ไปจนถึงการช่วยเหลือทางการแพทย์และสังคมแก่ผู้ที่ประสบความรุนแรงทางเพศ แต่ในทางปฏิบัติบริการเหล่านี้ยังไม่เป็นมิตรต่อเยาวชนเท่าที่ควร ทั้งในด้านเวลาทำการที่ไม่สอดคล้องกับเวลาเรียนหรือทำงาน ทักษะคติและพฤติกรรมของผู้ให้บริการที่อาจสร้างความอึดอัดใจแก่เยาวชน

ที่เข้ารับบริการ รวมถึงทางเลือกของผลิตภัณฑ์ป้องกันที่ยังมีจำกัด เช่น ขนาดของถุงยางอนามัยและชนิดของยาคุมกำเนิด นอกจากนี้ ในพื้นที่ที่มีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐจำนวนน้อยและมีลักษณะเป็นสังคมใกล้ชิด ชาวชนมักกังวลเรื่องความเป็นส่วนตัวและการถูกนำเรื่องไปพูดต่อ ส่งผลให้บางส่วนหลีกเลี่ยงการใช้บริการของรัฐ และหันไปพึ่งพาข้อมูลออนไลน์ จัดหาผลิตภัณฑ์ด้วยตนเอง หรือเลือกใช้บริการเอกชนที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่า ขณะที่บางส่วนเลือกมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน (Wiwatkamonchai et al., 2023)

ช่องว่างระหว่างการรับรู้เรื่องเพศสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของเยาวชนไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเยาวชนโดยตรง หากยังสะท้อนต้นทุนทางเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาวของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ พฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพเรื้อรังในระยะยาว เช่น การติดเชื้อไวรัส HPV ที่เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก ทวารหนัก คอหอย และอวัยวะเพศชาย และเชื่อมโยงไปสู่ภาระค่าใช้จ่ายของประเทศที่เพิ่มสูงขึ้น รายงาน Thailand's National AIDS Spending Assessment (NASA) 2022-2023 ระบุว่า รายจ่ายด้านเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยรายจ่ายรวมเพิ่มจาก 6,628.2 ล้านบาท ในปี 2551 เป็น 8,498.7 ล้านบาท ในปี 2566 คิดเป็นร้อยละ 0.05 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายถึงเกือบ 3 ใน 4 ถูกจัดสรรไปยังการดูแลรักษาและการรักษาพยาบาล ขณะที่การลงทุนด้านการป้องกันยังอยู่ในสัดส่วนที่ต่ำ

สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างสุขภาพทางเพศของคนไทย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ซึ่งอาจมีแนวทาง ดังนี้

1. **ยกระดับการจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาให้เน้นทักษะเชิงปฏิบัติ ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพครูผู้สอน** โดยปรับหลักสูตรให้ครอบคลุมทั้งทักษะด้านสุขภาพทางเพศ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง และทักษะการตัดสินใจทางเพศอย่างปลอดภัย เช่น การประเมินความเสี่ยง การสื่อสาร และการต่อรอง เพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำไปใช้และรับมือกับสถานการณ์จริงได้ดียิ่งขึ้น ขณะเดียวกัน ควรลงทุนพัฒนาศักยภาพครูอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านองค์ความรู้ ทักษะการจัดการเรียนการสอน และทัศนคติที่ไม่ตีตราผู้เรียน เพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ปลอดภัยและเป็นมิตร

2. **ปรับระบบนิเวศให้เอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพทางเพศของเยาวชน** โดยครอบคลุม (1) การเสริมสร้างความรู้และความมั่นใจของครอบครัวในการพูดคุยเรื่องเพศกับบุตรหลาน เพื่อให้ครอบครัวเป็นพื้นที่ที่เปิดกว้างและปลอดภัยสำหรับการเรียนรู้เรื่องเพศวิถี (2) การเพิ่มความสะดวกและความเป็นมิตรในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศของเยาวชน ผ่านการขยายเวลาให้บริการช่วงหลังเลิกเรียนหรือวันหยุด และการจัดบริการหรือคลินิกเฉพาะสำหรับเยาวชน และ (3) การปรับทัศนคติของสังคมต่อเรื่องเพศ ผ่านการสื่อสารสาธารณะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยถูกมองเป็นประเด็นด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยลดการตีตราทางสังคม

3. **ประยุกต์ใช้แนวคิดเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจที่ปลอดภัย** โดยนำแนวคิด “การสะกิด” มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการตัดสินใจทางเพศที่ปลอดภัย เช่น การจัดวางถุงยางอนามัยและอุปกรณ์คุมกำเนิดในจุดที่เข้าถึงได้ง่ายและเป็นส่วนตัว